

**HDI**  
**SEGUROS**

Antes  **Liberty**  
**Seguros**

Versión / agosto 2024

# **Póliza de Seguro de Salud**

# **Eventos Críticos**

Consulta el siguiente clausulado  
y conoce todos tus beneficios.

NIT. 860.039.988-0



## Permanece siempre en contacto

---



### Línea USC

Línea Unidad Servicio al Cliente

- Consulta de coberturas de la póliza
- Como acceder a sus servicios
- Información de pólizas y productos
- Gestión quejas y reclamos GQC

**Desde el celular: #224**

**Bogotá: 307 70 50**

**Línea nacional:**

01 8000 113 390



### Línea #224

Línea Asistencia Liberty

- Asistencia Liberty Auto
- Asistencia Liberty Hogar
- Asistencia Liberty Empresarial
- Asistencia a la copropiedad

**Desde el celular: #224**

**Bogotá: 644 53 10**

**Línea nacional:**

01 8000 117 224

# Póliza de Seguro de Salud Eventos Críticos

## Condiciones Generales

### AMPAROS

1. AMPARO BÁSICO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS
2. AMPARO DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTERIOR
3. AMPARO DE SERVICIOS MEDICOS INTERNACIONALES

LA DEFINICIÓN DE CADA UNO DE LOS ANTERIORES CONCEPTOS Y EL ALCANCE DE LOS MISMOS APARECEN EN LA CLAUSULA SEGUNDA.

### CLÁUSULA PRIMERA

#### EXCLUSIONES DEL AMPARO BÁSICO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

ESTA POLIZA NO CUBRE LOS GASTOS INCURRIDOS CON MOTIVO DEL TRATAMIENTO DE LAS AFECCIONES QUE TENGAN ORIGEN O ESTEN RELACIONADAS CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CAUSAS:

1. PATOLOGIAS O AFECCIONES PREEXISTENTES DIAGNOSTICADAS O MANIFIESTAS CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE SUSCRIPCIÓN DE ESTE CONTRATO O A LA FECHA DE INGRESO DE CADA ASEGURADO, SEAN ESTAS AGUDAS O CRÓNICAS. CUANDO LA PATOLOGÍA PRINCIPAL SEA PREEXISTENTE, QUEDARÁN ADEMÁS EXCLUIDAS TODAS AQUELLAS OTRAS PATOLOGÍAS RELACIONADAS CON ELLA.
2. LAS LESIONES O ENFERMEDADES SUFRIDAS EN GUERRA, DECLARADA O NO, REBELIÓN, SEDICIÓN YASONADA, -DE ACUERDO CON LA DEFINICIÓN ESTABLECIDA EN EL ORDENAMIENTO PENAL COLOMBIANO-CUANDO EL ASEGURADO SEA PARTICIPE DE ESTAS.
3. LAS LESIONES CAUSADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR: TERREMOTO, TEMBLOR DE TIERRA, ERUPCIONES VOLCÁNICAS, TIFÓN, HURACÁN, TORNADO, CICLÓN U OTRA CONVULSIÓN DE LA NATURALEZA O PERTURBACIÓN ATMOSFÉRICA.
4. LAS LESIONES, ACCIDENTES O CUALQUIER ENFERMEDAD DERIVADA DE LA PRÁCTICA DE DEPORTES DE ALTO RIESGO, TALES COMO: PARACAIDISMO, ALAS DELTA, MOTOCROSS, LADERISMO, MOTOCICLISMO, AUTOMOVILISMO, AVIACIÓN NO COMERCIAL, MONTAÑISMO Y OTROS SIMILARES.
5. EL CÁNCER IN-SITU DEL CUELLO UTERINO, TAMPOCO EL CÁNCER DE LA PIEL, CON EXCEPCIÓN DEL MELANOMA MALIGNO. NO CUBRIMOS TUMORES EN PRESENCIA DE UN VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA, SIDA.
6. ENFERMEDADES DE LAS CORONARIAS QUE NO REQUIERAN DE CIRUGÍA.
7. LAS LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS ASÍ MISMO POR EL ASEGURADO O POR UN TERCERO, CON SU CONSENTIMIENTO.
8. LAS LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR RADIACIÓN, REACCIÓN ATÓMICA O CONTAMINACIÓN RADIOACTIVA.
9. LAS LESIONES O PADECIMIENTOS CAUSADOS POR VENENOS, INHALACIÓN DE GASES O VAPORES VENENOSOS.
10. LAS ENFERMEDADES RESULTADO DE UN TRASPLANTE DE ÓRGANO O DE TEJIDO QUE NO ESTE CUBIERTO BAJO ESTA PÓLIZA.
11. LAS ENFERMEDADES O AFECCIONES CONGÉNITAS, MANIFIESTAS O NO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INGRESO DE CADA ASEGURADO.
12. LOS TRATAMIENTOS O PROCEDIMIENTOS DE TIPO OPTATIVO, O DE TIPO EXPERIMENTAL.
13. LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS ANTES DEL PERÍODO DE VIGENCIA DE ESTA PÓLIZA, O DURANTE EL PERÍODO DE ESPERA.
14. LOS SERVICIOS DE CUALQUIER TIPO SUMINISTRADOS POR UN PARIENTE CERCANO.
15. LOS TRATAMIENTOS O SERVICIOS PROPORCIONADOS EN RELACIÓN CON, O COMO RESULTADO DE CUALQUIER ENFERMEDAD QUE SEA SECUNDARIA AL, U ORIGINADA POR EL SIDA, O POR CUALQUIER TRATAMIENTO PROPORCIONADO POR EL SIDA, INCLUYENDO LA ENFERMEDAD CONOCIDA COMO SARCOMA DE KAPOSI.
16. LOS TRATAMIENTOS O SERVICIOS PROPORCIONADOS EN RELACIÓN CON, O COMO RESULTADO DE DESÓRDENES MENTALES, EMOCIONALES O NERVIOSOS, ALCOHOLISMOS, ABUSO O ADICCIÓN A DROGAS O SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES.
17. AQUELLOS CARGOS QUE EXCEDAN LOS GASTOS MÉDICOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS; O QUE NO SEAN MÉDICAMENTE NECESARIOS, O LOS CUALES NO HUBIESEN SIDO SUMINISTRADOS DE NO EXISTIR EL SEGURO.
18. LOS GASTOS INCURRIDOS EN MEDICINAS QUE NO HAYAN SIDO FORMULADAS POR EL MÉDICO TRATANTE.
19. LOS GASTOS INCURRIDOS POR LA COMPRA O RENTA DE SILLAS DE RUEDAS, CAMAS ESPECIALES, Y CUALQUIER OTRO TIPO DE ARTÍCULOS O EQUIPOS SIMILARES, SALVO CUANDO SEAN REQUERIDOS POR UNA INCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE, LA CUAL DEBE SER CALIFICADA COMO TAL POR LA JUNTA NACIONAL O REGIONAL DE CALIFICACIÓN DE INVALIDEZ.
20. LOS GASTOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE TRASPLANTE DE ÓRGANOS O TEJIDOS, CUANDO LA PERSONA SEA DONANTE.
21. LOS GASTOS OCASIONADOS POR CUALQUIER TIPO DE CIRUGÍA ESTÉTICA O RECONSTRUCTIVA, AÚN CUANDO LA LESIÓN O LA DEFORMACIÓN QUE REQUIERE DICHO TRATAMIENTO O CIRUGÍA ESTÉTICA O RECONSTRUCTIVA HAYA SIDO ORIGINADA POR UN EVENTO CUBIERTO POR ESTE SEGURO, SE EXCEPTÚA LA CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA COMO

RESULTADO DEL CÁNCER Y LA ORIGINADA POR UN POLITRAUMATISMO.

22. LOS HONORARIOS PROFESIONALES O GASTOS PROVENIENTES DE TRATAMIENTOS CON MEDICINA BIOENERGÉTICA, DE HOMEOPATÍA Y CUALQUIER OTRA CLASE DE MEDICINA ALTERNATIVA, NO RECONOCIDA POR LA ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA.
23. EL INCUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE EDADES DE INGRESO O, POR HABERSE CUMPLIDO LA EDAD DE PERMANENCIA.
24. LOS GASTOS MEDICOS EN QUE INCURRA EL ASEGURADO CUANDO ESTE LLEVE MAS DE TRES (3) MESES CONSECUTIVOS FUERA DE COLOMBIA, SALVO QUE LA ATENCION MEDICA O TRATAMIENTO, EN EL EXTERIOR, SE HAYA INICIADO CON ANTERIORIDAD AL VENCIMIENTO DE ESTE PERIODO DE TRES (3) MESES CONSECUTIVOS.
25. IMPUESTOS, GASTOS DE COBRANZA, MICROFILM, HISTORIAS CLINICAS Y OTROS COSTOS NO DEFINIDOS NI RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO DE LA AFECCIÓN DECLARADA.

#### **EXCLUSIONES PARTICULARES APLICABLES AL AMPARO DE ASISTENCIA EN VIAJE**

TODOS LOS GASTOS Y/O PRESTACIONES OCASIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR UNA CUALQUIERA DE LAS CAUSAS ENUMERADAS A CONTINUACION, QUEDAN EXCLUIDOS EXPRESAMENTE DE ESTA COBERTURA Y POR LO TANTO LA COMPAÑÍA NO TENDRA NINGUNA OBLIGACION EN VIRTUD DE LOS MISMOS:

1. LOS EVENTOS QUE OCURRAN FUERA DEL PAIS CUANDO LA PERMANENCIA DEL ASEGURADO SEA SUPERIOR A 90 DIAS.
2. LOS SERVICIOS QUE EL ASEGURADO HAYA CONCERTADO POR SU CUENTA SIN EL PREVIO CONSENTIMIENTO DEL TERCERO; SALVO EL CASO DE FUERZA MAYOR, SEGUN SU DEFINICION LEGAL, QUE LE IMPIDA COMUNICARSE CON ESTE.
3. LOS GASTOS DE ASISTENCIA MEDICA Y HOSPITALARIA DENTRO DEL TERRITORIO DE COLOMBIA, DIFERENTES A LOS SEÑALADOS EN LA COBERTURA DEL AMPARO, SIN PERJUICIO DE LO ESTIPULADO EN LAS CONDICIONES GENERALES DE LA POLIZA.
4. LAS ENFERMEDADES O LESIONES DERIVADAS DE PADECIMIENTOS CRONICOS Y LAS DIAGNOSTICADAS CON ANTERIORIDAD A LA INICIACION DEL VIAJE.
5. LA MUERTE PRODUCIDA POR SUICIDIO Y LAS LESIONES Y SECUELAS QUE SE OCASIONEN CON SU TENTATIVA.
6. LA MUERTE O LESIONES ORIGINADAS DIRECTA O INDIRECTAMENTE POR HECHOS PUNIBLES O ACCIONES DOLOSAS DEL ASEGURADO.
7. LA ASISTENCIA Y GASTOS POR ENFERMEDADES O ESTADOS PATOLOGICOS PRODUCIDOS POR LA INGESTION VOLUNTARIA DE DROGAS, SUSTANCIAS TOXICAS, NARCOTICOS O MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS SIN PRESCRIPCION MEDICA, NI POR ENFERMEDADES MENTALES.
8. LO RELATIVO O DERIVADO DE PROTESIS, ANTEOJOS

Y GASTOS DE ASISTENCIA POR EMBARAZO Y SUS COMPLICACIONES Y EL PARTO.

9. LA ASISTENCIA Y GASTOS DERIVADOS DE PRACTICAS DEPORTIVAS EN COMPETICION.
10. LOS CAUSADOS POR LA MALA FE DEL ASEGURADO.
11. LOS FENOMENOS DE LA NATURALEZA DE CARACTER EXTRAORDINARIO TALES COMO INUNDACIONES, TERREMOTOS, ERUPCIONES VOLCANICAS, TEMPESTADES CICLONICAS, CAIDAS DE CUERPOS SIDERALES Y AEROLITOS.
12. LOS HECHOS O ACTUACIONES DE LAS FUERZAS ARMADAS O DE HECHOS DE LAS FUERZAS O CUERPOS DE SEGURIDAD.
13. LOS HECHOS DERIVADOS DE LA ENERGIA NUCLEAR RADIOACTIVA
14. LOS HECHOS QUE SE PRODUZCAN CON OCASIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL ASEGURADO EN APUESTAS O DESAFÍOS.
15. LAS SEÑALADAS EN LA CLAUSULA SEGUNDA DE LAS CONDICIONES GENERALES A LAS CUALES ACCEDE ESTE AMPARO.

#### **OTRAS EXCLUSIONES APLICABLES A LA PÓLIZA**

1. CLÁUSULA DE LIMITACIÓN DE RESPONSABILIDAD POR SANCIONES. LA COBERTURA OTORGADA BAJO LA PRESENTE PÓLIZA NO AMPARA NINGUNA EXPOSICIÓN PROVENIENTE O RELACIONADA CON ALGÚN PAÍS, ORGANIZACIÓN, O PERSONA NATURAL O JURÍDICA QUE SE ENCUENTRE ACTUALMENTE SANCIONADO, EMBARGADO O CON EL CUAL EXISTAN LIMITACIONES COMERCIALES IMPUESTAS POR LA "OFICINA DE CONTROL DE ACTIVOS EXTRANJEROS" DEL DEPARTAMENTO DEL TESORO DE ESTADOS UNIDOS, CON SUS SIGLAS EN INGLÉS U.S. TREASURY DEPARTMENT: OFFICE OF FOREIGN ASSETS CONTROL, LA ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, LA UNIÓN EUROPEA O EL REINO UNIDO. EN ESA MEDIDA, EN NINGÚN CASO LA PRESENTE PÓLIZA OTORGARÁ COBERTURA, NI EL ASEGURADOR SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR INDEMNIZACIÓN O BENEFICIO ALGUNO EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE EL PAGO DE DICHAS RECLAMACIONES O EL OTORGAMIENTO DE DICHOS BENEFICIOS PUEDAN EXPONER AL ASEGURADOR A UNA SANCIÓN, PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN A NIVEL LOCAL Y/O INTERNACIONAL.
2. ANTICORRUPCIÓN Y ANTISOBORNO. EN AQUELLOS EVENTOS EN LOS QUE EL TOMADOR Y/O ASEGURADO, CON OCASIÓN DE LA CELEBRACIÓN O EJECUCIÓN DEL CONTRATO, RECIBA UN BENEFICIO INDEBIDO DE FORMA DIRECTA O INDIRECTA, O INCUMPLA LAS DISPOSICIONES LEGALES VIGENTES EN MATERIA DE LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN, LA PRESENTE PÓLIZA NO OTORGARÁ COBERTURA, NI EL ASEGURADOR SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR INDEMNIZACIÓN O BENEFICIO ALGUNO.
3. PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO. LA PRESENTE PÓLIZA NO OTORGARÁ COBERTURA, NI EL ASEGURADOR SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR RECLAMACIÓN O BENEFICIO ALGUNO EN AQUELLOS CASOS EN LOS QUE EL PAGO DE DICHAS RECLAMACIONES O EL OTORGAMIENTO DE DICHOS BENEFICIOS PUEDAN EXPONER AL ASEGURADOR A UNA SANCIÓN,

PROHIBICIÓN O RESTRICCIÓN A NIVEL LOCAL Y/O INTERNACIONAL RELACIONADA CON EL DELITO DE LAVADO DE ACTIVOS Y/O LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO. EL TOMADOR Y/O ASEGURADO MANIFIESTA BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SUS ACTIVIDADES PROVIENEN DE ACTIVIDADES LÍCITAS Y NO SE ENCUENTRA INCLUIDO EN NINGUNA LISTA RESTRICTIVA, PARA LO CUAL AUTORIZA A LA ASEGURADORA PARA REALIZAR LA RESPECTIVA CONSULTA EN LAS MISMAS. EL TOMADOR Y/O ASEGURADO SE COMPROMETE A CUMPLIR CON EL DEBER DE DILIGENCIAR EN SU TOTALIDAD EL FORMULARIO DE CONOCIMIENTO DEL CLIENTE. SI ALGUNO DE LOS DATOS CONTENIDOS EN EL CITADO FORMULARIO SUFRE MODIFICACIÓN EN LO QUE RESPECTA A AL TOMADOR/ASEGURADO, ESTÉ DEBERÁ INFORMAR TAL CIRCUNSTANCIA A LA COMPAÑÍA, PARA LO CUAL SE LE HARÁ LLENAR EL RESPECTIVO FORMATO.

CUALQUIER MODIFICACIÓN EN MATERIA DEL SARLAFT SE ENTENDERÁ INCLUIDA EN LA PRESENTE CLÁUSULA.

## CLÁUSULA SEGUNDA

### AMPARO BÁSICO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

SI CUALQUIERA DE LAS PERSONAS AMPARADAS BAJO LA PRESENTE PÓLIZA REQUIERE DURANTE LA VIGENCIA DE LA MISMA, POR ORDEN MÉDICA SER HOSPITALIZADA PARA TRATAMIENTO O CIRUGÍA DE ALGUNO DE LOS EVENTOS AMPARADOS, O REQUIERE DE TRATAMIENTO NO HOSPITALARIO, **HDI SEGUROS COLOMBIA S.A. (ANTES LIBERTY SEGUROS S.A.), QUIEN EN ADELANTE SE DENOMINARÁ LA COMPAÑÍA** INDEMNIZARÁ LOS VALORES QUE CORRESPONDAN EN UN TODO SUJETOS A LOS VALORES ASEGURADOS, DEDUCIBLES Y SIGUIENTES CONDICIONES GENERALES:

LOS EVENTOS AMPARADOS BAJO EL PRESENTE SEGURO SON:

- ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS, INCLUYENDO ACCIDENTES CEREBROVASCULARES.
- CIRUGÍA CARDÍACA Y ANGIOPLASTIA.
- TRATAMIENTO DEL CÁNCER, INCLUYENDO QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA.
- TRASPLANTE DE ÓRGANOS.
- TRATAMIENTO POR INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA.
- TRATAMIENTO MÉDICO QUIRÚRGICO PARA EL PACIENTE CON TRAUMA MAYOR, COMÚNMENTE DENOMINADO POLITRAUMATISMO. EL TRATAMIENTO INCLUYE LA REHABILITACIÓN.
- TÍQUETES AEREOS.
- GASTOS DE ESTADIA DEL ASEGURADO O UN ACOMPAÑANTE.
- EXONERACION DE PAGO DE PRIMAS.
- AUXILIO FUNERARIO.
- ALIMENTACION ENTERAL Y PARENTERAL.

- APARATOS ORTOPEDICOS.
- APOYO PSICOLOGICO EN CASO DEL DIAGNOSTICO DE UNA ENFERMEDAD GRAVE, ENFERMEDAD CONGENITA O MUERTE DE UN FAMILIAR.
- AMPARO DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTERIOR.
- AMPARO DE SERVICIOS MEDICOS INTERNACIONALES.

LA DEFINICIÓN DE LOS ANTERIORES CONCEPTOS Y DE LOS SERVICIOS Y HONORARIOS PROFESIONALES AMPARADOS, TIENEN EL SIGNIFICADO Y ALCANCE MENCIONADOS EN LA SECCIÓN DE COBERTURAS Y EN LA CLÁUSULA QUINTA DE ESTAS CONDICIONES GENERALES.

### COBERTURAS

Para los efectos de esta póliza, estarán cubiertos los conceptos descritos a continuación, incurridos por una persona asegurada durante el período de vigencia de esta póliza, por tratamientos, servicios o suministros médicamente necesarios, incurridos como resultado de, o en relación con los eventos amparados:

#### A. GASTOS HOSPITALARIOS

1. Los facturados por un hospital o centro de trasplante, por concepto de:
  - a. Habitación, comidas y servicios generales de enfermería, servicios especiales de enfermería sujetos a orden médica, durante la permanencia en una habitación semiprivada, sala o pabellón, o unidad de cuidados intensivos.
  - b. Otros servicios hospitalarios (se exceptúan artículos de uso personal o que no sean de índole médica, o por servicios de cualquier clase proporcionados por un pariente cercano acompañante o asistente, incluyendo los servicios prestados en el departamento de consulta externa de un hospital).
2. Por centro de cirugía ambulatoria o independiente (pero solamente si el tratamiento, cirugía, servicio o suministro hubiese estado cubierto bajo esta póliza de haber sido proporcionado en un hospital).
3. Drogas y medicinas para cuya obtención se requiera una receta o prescripción médica.

#### B. HONORARIOS MEDICOS

Los honorarios médicos facturados:

1. Por un médico, por concepto de tratamiento, cuidados médicos, o cirugía. En el caso de extirpación de cáncer de la piel, por cualquier método, no se pagarán beneficios si no se adjunta a la factura o cuenta del médico que diagnosticó o removió la lesión una copia de reporte patológico en el que se confirme la naturaleza cancerosa de dicha lesión.
2. Por visitas médicas efectuadas a una persona asegurada mientras se encuentre recluida en un hospital o centro de trasplante.
3. Por concepto de los siguientes servicios, tratamiento o suministros médicos y quirúrgicos:
  - a. Honorarios por anestesia y su administración, siempre que haya sido proporcionada por un

anestesiólogo profesional que no sea empleado del hospital o centro de trasplante.

- b. Análisis de laboratorio y patología, exámenes de rayos X con fines diagnósticos, terapia de rayos X, Isótopos radioactivos, quimioterapia, electrocardiogramas, ecocardiogramas, mielogramas, electroencefalografía, angiografías, tomografías computarizadas y otras pruebas y tratamiento similares, requeridos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades cubiertas, siempre que hayan sido solicitados por el médico tratante y administrados por un médico, o bajo la supervisión de un médico.
  - c. Transfusiones de sangre, aplicación de plasma y sueros.
  - d. Gastos originados por consumo de oxígeno, aplicación de soluciones intravenosas e inyecciones.
4. Cuando efectuado un procedimiento quirúrgico, otro sea necesario incidentalmente y deba ser practicado a través de la misma incisión, o en el mismo orificio natural del cuerpo, o en el mismo campo operatorio, el pago será únicamente por el procedimiento mayor.

#### C. GASTOS POR TRASPLANTE DE ORGANOS

1. Por servicios prestados durante el proceso de adquisición de órganos o tejidos obtenidos de un donante fallecido con el propósito de efectuar un trasplante de órgano o un trasplante de tejido. gastos cubiertos incluyen la remoción, preservación y transporte de un órgano o de tejido que se intenta trasplantar a una persona asegurada.
2. Por servicios prestados a un donante vivo durante el proceso de remoción de un órgano o tejido con el propósito de efectuar un trasplante de órgano o de tejido de un receptor, incurridos por:
  - a. Investigación de donantes potenciales.
  - b. Servicios prestados al donante en un hospital, o centro de trasplante, por concepto de habitación semiprivada, sala o pabellón, comidas, servicio general de enfermería, servicios regulares suministrados por el personal del hospital o centro de trasplante, pruebas de laboratorio, y usos de equipos y otros servicios hospitalarios (exceptuándose artículos de uso personal que no sean requeridos durante el proceso de remoción del órgano o tejido que se va a trasplantar).
  - c. Cirugía y servicios médicos relacionados con la remoción del órgano o tejidos del donante, que se intenta trasplantar a la persona asegurada.
3. Por servicios y materiales suministrados por el cultivo de la médula ósea, en relación con un trasplante de tejido practicado a una persona asegurada. LA COMPAÑÍA pagará solamente por los gastos en que se incurran a partir de la fecha en la que se origino el primer gasto cubierto por concepto de dicho cultivo.

#### D. TIQUETES AEREOS

En caso del diagnóstico positivo de una de las enfermedades objeto de este seguro y su posterior tratamiento en un lugar diferente al sitio habitual de residencia del asegurado, LA COMPAÑÍA reconocerá dos (2) tiquetes aéreos ida y vuelta para el asegurado y un acompañante mayor de 18

años. Este beneficio se otorgará una sola vez por vigencia anual. LA COMPAÑÍA reembolsará los mismos a costos de agencia de viaje y en tarifa de clase diferente a la ejecutiva.

Este gasto no sirve para acreditar el deducible de la póliza.

#### E. GASTOS DE ESTADÍA DEL ASEGURADO O UN ACOMPAÑANTE.

En caso del tratamiento de un evento amparado por el seguro al que hace referencia esta condiciones, en un lugar diferente al sitio habitual de residencia del asegurado, LA COMPAÑÍA reconocerá para gastos diarios del asegurado o su acompañante, mayor de 18 años, la suma de US \$120 en el exterior o 28 SMDLV en Colombia. El número máximo de días de estancia a reconocer será de 25. En todo caso el asegurado o acompañante deberá demostrar y soportar dichos gastos con facturas originales de Hotel, transporte o alimentación.

Este gasto no sirve para acreditar el deducible de la póliza.

#### F. EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS

En caso del fallecimiento del Asegurado Principal, LA COMPAÑÍA exonerará del pago de primas a los demás asegurados en la póliza, por el resto de la vigencia pendiente por causarse, incluyendo las primas correspondientes a la renovación de la vigencia siguiente.

En caso que la prima haya sido pagada en su totalidad, la devolución de primas a que haya lugar por la exoneración, se abonarán a la renovación de la vigencia siguiente al fallecimiento del asegurado principal.

#### G. AUXILIO FUNERARIO.

En caso del fallecimiento de alguna de las personas aseguradas en la póliza, LA COMPAÑÍA reconocerá hasta la suma asegurada descrita en la carátula de la póliza, siempre y cuando la causa de la muerte sea consecuencia de alguno de los eventos cubiertos por la póliza y no estén limitados o excluidos de cobertura en la misma.

Esta cobertura opera independientemente de que se tenga o no contratado un servicio por el mismo concepto; es decir que el valor asegurado siempre se pague y este se cancelara, a la persona o personas que conforman el grupo familiar asegurado en la póliza o certificado de seguro en el que estaba asegurada la persona fallecida.

Cuando el fallecido es único asegurado el valor de la indemnización se pagara a los beneficiarios establecidos en el artículo 1142 del código de comercio.

#### H. ALIMENTACIÓN ENTERAL Y PARENTERAL

Reconocimiento de la alimentación enteral y parenteral domiciliaria hasta por 60 días posteriores a una hospitalización y/o cirugía y siempre y cuando sea como consecuencia de una de las patologías objeto de cobertura de la presente póliza.

#### I. APARATOS ORTOPÉDICOS

En caso de una discapacidad total permanente como consecuencia de una patología objeto de la cobertura de la presente póliza, LA COMPAÑÍA reconocerá los aparatos ortopédicos que médicamente requiera cualquiera de las personas aseguradas. El valor asegurado máximo para esta cobertura es de 2 SMDLV por evento.

#### J. APOYO PSICOLOGICO EN CASO DEL DIAGNOSTICO DE UNA ENFERMEDAD GRAVE, ENFERMEDAD CONGENITA O MUERTE DE UN FAMILIAR.

LA COMPAÑÍA prestará apoyo psicológico por un (1) mes y hasta ocho (8) sesiones de terapias, por evento, a cualquiera de los asegurados o a su familia en los siguientes

casos:

- a) Ante el diagnóstico de una enfermedad grave a cualquiera de los asegurados en la póliza.
- b) En casos de niños con problemas de salud irreversible, enfermedades congénitas y genéticas.
- c) Ante la muerte de un familiar.

Esta cobertura se prestará directamente a través de la red médica de LA COMPAÑÍA.

#### AMPARO DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTERIOR

El presente amparo hace parte integrante de la póliza de seguro de salud de Eventos Críticos y están en un todo de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y las siguientes condiciones particulares:

#### AMPARO

ANTES DE ENTRAR A DEFINIR EL AMPARO OTORGADO MEDIANTE LA PRESENTE COBERTURA, ES IMPORTANTE ANOTAR, QUE TENIENDO EN CUENTA LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 1110 DEL CODIGO DE COMERCIO, EN CUANTO HACE AL CUMPLIMIENTO DE LA OBLIGACION DE PAGAR, LA COMPAÑÍA EN DESARROLLO DE DICHO PRECEPTO, REALIZARA EL PAGO POR REPOSICION Y LO HARA A TRAVES DE UN TERCERO, QUE PARA EFECTOS DEL PRESENTE CONTRATO EN ADELANTE SE LLAMARA SIMPLEMENTE EL TERCERO, EL CUAL ASUME LA OBLIGACION EN TODO CASO, DE SUMINISTRAR Y PRESTAR EL SERVICIO QUE MAS ADELANTE SE DEFINE. EL ASEGURADO DECLARA CONOCER Y ACEPTAR DICHA CIRCUNSTANCIA DESDE EL MISMO MOMENTO EN QUE SOLICITA EL OTORGAMIENTO DE ESTA COBERTURA. ASI MISMO DEBE QUEDAR CLARO, QUE EL SIGUIENTE AMPARO, OPERA UNICAMENTE CUANDO EL ASEGURADO HA SOLICITADO Y OBTENIDO EL VISTO BUENO DE LA ASISTENCIA POR TELEFONO, EN LOS NUMEROS DISPONIBLES E INDICADOS EN ESTE CONDICIONADO Y SOLO LE SERAN REEMBOLSADOS LOS GASTOS RAZONABLES CUBIERTOS BAJO ESTE SEGURO, QUE DEMUESTRE HABER SUFRAGADO, SI LA ASISTENCIA NO PUDO SER PRESTADA POR CAUSA DE FUERZA MAYOR.

EN VIRTUD DEL PRESENTE AMPARO, LA COMPAÑÍA GARANTIZA LA PUESTA A DISPOSICION DEL ASEGURADO DE UNA AYUDA MATERIAL INMEDIATA, EN FORMA DE PRESTACION ECONOMICA O DE SERVICIOS, CUANDO ESTE SE ENCUENTRE EN DIFICULTADES, COMO CONSECUENCIA DE UN EVENTO FORTUITO OCURRIDO EN EL CURSO DE UN VIAJE FUERA DE SU DOMICILIO HABITUAL, REALIZADO EN CUALQUIER MEDIO DE LOCOMOCIÓN, DE ACUERDO CON LOS TERMINOS Y CONDICIONES CONSIGNADOS EN EL PRESENTE AMPARO Y POR HECHOS DERIVADOS UNICAMENTE DE LOS SIGUIENTES CONCEPTOS:

1. EVACUACION MEDICA DE EMERGENCIA.
2. TRANSPORTE O REPATRIACION EN CASO DE LESIONES O ENFERMEDAD DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO.
3. GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD.
4. GASTOS ODONTOLOGICOS POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE.
5. MEDICAMENTOS.

6. RECUPERACIÓN EN HOTEL.
7. REPATRIACION DE RESTOS MORTALES.
8. GASTOS DE ACOMPAÑAMIENTO DE UN FAMILIAR.
9. LOCALIZACION Y TRANSPORTE DE EFECTOS PERSONALES.
10. PERDIDA DEFINITIVA DEL EQUIPAJE.
11. INTERRUPCIÓN DEL VIAJE.
12. PAGO DE HONORARIOS LEGALES.
13. TRASLADOS URBANOS DE EMERGENCIA O TRASLADOS MEDICOS EN AMBULANCIA TERRESTRE.
14. VISITA MEDICA DOMICILIARIA O ENVIO DE MEDICO A DOMICILIO.
15. RETORNO Y ACOMPAÑAMIENTO DE MENORES.
16. CONTACTO CON SU MEDICO DE CABECERA.
17. INFORME DE TRAMITE DE DOCUMENTOS EXTRAVIADOS EN EL EXTERIOR.
18. TRANSMISIÓN DE MENSAJES URGENTES.

LA DEFINICION DE CADA UNO DE ESTOS CONCEPTOS Y SU FORMA DE APLICACION APARECEN DETERMINADOS EN LA CLAUSULA TERCERA DE ESTE AMPARO.

#### LIMITACIONES DEL AMPARO DE ASISTENCIA EN EL EXTERIOR

LA PRESTACION DE CUALQUIERA DE LOS SERVICIOS, O EL PAGO DE CUALQUIER SUMA DE DINERO DERIVADA DE LAS COBERTURAS DESCRITAS EN EL PRESENTE AMPARO, NO IMPLICA ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD POR PARTE DE LA COMPAÑÍA, RESPECTO DE LOS AMPAROS BASICOS DE LA POLIZA DE SEGURO, AL QUE ACCEDE EL PRESENTE AMPARO DE ASISTENCIA EN VIAJE.

#### ÁMBITO TERRITORIAL DE LAS PERSONAS

Las coberturas referidas a personas y a sus equipajes y efectos personales, se extenderán a cualquier país del mundo, siempre que la permanencia del asegurado fuera de su residencia habitual con motivo de viaje, no sea superior a noventa (90) días.

#### BENEFICIOS

- A. Evacuación médica de emergencia:  
Si durante la urgencia del viaje el asegurado sufre un accidente o una enfermedad que le ocasione una condición médica crítica y el tratamiento prestado en el lugar de hospitalización no fuere suficientemente idóneo según el criterio del médico tratante, la compañía coordinará y pagará los gastos de transporte médico del asegurado hasta el centro hospitalario más cercano y apropiado según la naturaleza de las heridas o de la enfermedad y exclusivamente dentro de los límites territoriales del país donde se encuentre el asegurado, utilizando el medio de locomoción disponible. Todo traslado deberá ser autorizado por un facultativo y por el departamento médico de la compañía de asistencia.  
La cobertura de este beneficio es ilimitada.
- B. Transporte o repatriación en caso de lesiones o enfermedad

del asegurado o beneficiario:

La Compañía asumirá los gastos de traslado del asegurado o del beneficiario, cuando encontrándose en viaje fuera de su ciudad de residencia, sufra una lesión o enfermedad súbita, y se requiera el traslado en ambulancia o en el medio que considere más idóneo el médico que le atienda, hasta el centro hospitalario más cercano, o en el caso de repatriación, hasta su domicilio en Colombia.

La compañía mantendrá los contactos necesarios con el centro médico y con los facultativos que atiendan al asegurado o beneficiario, para supervisar que el traslado sea el adecuado.

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

**C. Gastos médicos por accidente o enfermedad:**

Si durante la urgencia el asegurado sufre un accidente o enfermedad amparada por la póliza, la compañía se encargará de organizar y asumir los gastos que se generen por:

- Hospitalización.
- Intervención Quirúrgica.
- Honorarios Médicos.
- Productos Farmacéuticos hospitalarios prescritos por el medico tratante.
- Terapias de recuperación física hasta un máximo de 10 sesiones según prescripción médica (fisioterapia, Kinesiterapia, Quiropráctica).

El valor asegurado cubierto bajo este amparo es el establecido en la carátula de la póliza y opera por evento, y por el tiempo de vigencia de la misma.

**D. Gastos odontológicos por enfermedad o accidente:**

Si durante la urgencia en el exterior el asegurado requiere de atención odontológica de urgencia derivada de una enfermedad o un accidente en su dentadura natural, la compañía cubrirá los gastos generados por dicha atención hasta por el valor establecido en la carátula de la póliza, por evento.

Se excluye de esta cobertura:

- a. Tratamientos de ortodoncia
- b. Tratamientos de conductos y coronas
- c. Tratamientos estéticos

**E. Medicamentos:**

Si durante la vigencia en el exterior el asegurado sufre un accidente o una enfermedad que no requiera de su hospitalización, la compañía cubrirá, por evento, el valor del medicamento prescrito por el medico tratante hasta por el valor establecido en la carátula de la póliza.

**F. Recuperación en hotel (gastos de hotel por convalecencia):**

Si durante el viaje y por prescripción médica de incapacidad que impida la continuación del viaje, el asegurado tuviera que prolongar su estadía, la compañía se hará cargo de los gastos de alojamiento y alimentación en un hotel hasta por el valor establecido en la carátula de la póliza, por evento.

**G. Repatriación de restos mortales:**

En caso de fallecimiento del asegurado durante la vigencia, la compañía efectuará los trámites para el transporte y repatriación de los restos mortales o cenizas y asumirá los gastos de traslado de los mismos desde el sitio de defunción hasta su ciudad de residencia. En aerolínea comercial vuelo regular. Quedan expresamente excluidos de esta prestación los servicios religiosos, funerales y ataúdes especiales.

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

**H. Gastos de acompañamiento de un familiar:**

En caso de accidente o enfermedad crítica del asegurado que haga necesaria su hospitalización por un mínimo

de diez (10) días, la compañía cubrirá los gastos de desplazamiento en clase económica de un familiar del asegurado, más los gastos de hotel y de alimentación en el mismo por un máximo de ocho (8) días, siempre y cuando el asegurado se encuentre solo en el lugar de hospitalización.

**I. Localización y transporte de efectos personales.**

La compañía, asesorará al asegurado para la denuncia del hurto o extravío de su equipaje y efectos personales en vuelo regular de aerolínea comercial. En caso de su recuperación se encargará de su traslado hasta su lugar de destino o hasta el domicilio del asegurado, según las circunstancias de tiempo y de lugar.

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

**J. Pérdida definitiva del equipaje:**

Si el asegurado sufriera la pérdida definitiva de su equipaje durante su transporte en aerolínea comercial, la compañía le reconocerá como indemnización según el peso del equipaje aforado hasta por el valor establecido en la carátula de la póliza, por evento.

**K. Interrupción del viaje:**

Cuando con ocasión de un accidente o de enfermedad o muerte del acompañante de viaje o con ocasión de muerte del cónyuge, padre, madre, o hijos, el asegurado deba interrumpir su viaje, la compañía se hará cargo del tiquete de regreso en aerolínea comercial clase económica, hasta su ciudad de residencia, siempre y cuando el asegurado no pueda efectuar tal regreso con el boleto aéreo original. La cobertura de este beneficio es ilimitada.

**L. Pago de honorarios legales:**

En caso que durante el viaje el asegurado tenga un problema de tipo legal con motivo de imputársele responsabilidad por un accidente que no tenga relación con actividades comerciales, ni esté relacionado con cargos de tráfico y/o posesión de drogas, armas, estupefacientes, enervantes o cualquier otra acción criminal, la compañía pagará los honorarios de abogados que le asesoraran en los trámites iniciales de defensa. Esta cobertura ampara tales honorarios hasta por el valor establecido en la carátula de la póliza, por evento.

**M. Traslados urbanos de emergencia ó traslados médicos en ambulancia terrestre:**

Una vez clasificada la situación, en cualquier caso de ser requerida una intervención médica hospitalaria, la Compañía coordinará, contactará y hará un seguimiento 100% del arribo de unidades médicas especializadas (de alta, media o baja complejidad según el caso y el lugar), para transportar el beneficiario hasta el centro asistencial adecuado.

La cobertura de este beneficio es ilimitada.

**N. Visita médica domiciliaria ó envío de médico a domicilio:**

En caso de enfermedad, y una vez determinada que no tipifica emergencia o urgencia médica, la compañía de asistencia coordinará el envío al domicilio de un médico que evaluará el estado del paciente y defina las conductas a seguir.

**O. Retorno y acompañamiento de menores:**

Si los menores de quince (15) años que viajan con el asegurado y por causa de un accidente o enfermedad o traslado de éste quedan desatendidos y no pudieran continuar el viaje, la compañía organizará su regreso y pagará la tarifa aérea en clase económica para su retorno al país de residencia, proporcionando una persona que los acompañe, siempre y cuando los menores no puedan efectuar tal regreso con el boleto aéreo original. Si fuese necesario continuar el viaje la compañía pagará un pasaje en clase económica, más los gastos que genere dicho

regreso, para que un familiar se haga cargo del menor y lo regrese al país de residencia.  
La cobertura de este beneficio es ilimitada.

**P. Contacto con su medico de cabecera:**

Si por solicitud del asegurado que habiendo sufrido un accidente o una enfermedad, originada o no por una preexistencia, requiere un contacto con su médico de cabecera la compañía pondrá a su disposición la central de alarma para localizarlo y cubrirá los gastos originados para efectuar el contacto telefónico.  
La cobertura de este beneficio es ilimitada.

**Q. Informes de tramites de documentos extraviados en el exterior:**

Si el titular de la tarjeta sufriera la pérdida de los documentos en el exterior la compañía lo asesorará sobre los requerimientos y procedimientos necesarios para la sustitución o reposición de tales documentos.

**R. Transmisión de mensajes urgentes:**

La compañía se encargará de transmitir los mensajes, urgentes o justificados del asegurado, relativos con cualquiera de los eventos cubiertos.

**DEFINICIONES APLICABLES AL AMPARO DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTERIOR**

**1. Tomador del seguro:**

Es la persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, quien suscribe este contrato, y por tanto a quien corresponden las obligaciones que se derivan del mismo, salvo aquellas que expresamente corresponden al beneficiario.

**2. Asegurado:**

Persona titular del interés expuesto al riesgo y a quien corresponden, en su caso, los derechos derivados del contrato, Para los efectos de este amparo, tienen además la condición de beneficiario:

- a. El titular de la póliza.
- b. El cónyuge y los ascendientes y descendientes en primer grado de las personas naturales aseguradas, siempre que convivan con estas y a sus expensas, aunque viajen por separado y en cualquier medio de locomoción.

**INDEMNIZACIÓN APLICABLE A LA COBERTURA DE ASISTENCIA EN VIAJE EN EL EXTERIOR**

Además de lo indicado en las Condiciones Generales de la póliza a la cual accede el presente amparo, en la indemnización se tendrá en cuenta lo siguiente:

**1. Obligaciones del Asegurado**

En caso de evento cubierto por el presente amparo el asegurado deberá solicitar siempre la Asistencia por teléfono, a cualquiera de los números disponibles e indicados en este condicionado, debiendo indicar el nombre del Asegurado, destinatario de la prestación, el número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el número de la póliza del seguro, el lugar donde se encuentra, el número de teléfono y tipo de asistencia que requiere.

Las llamadas telefónicas serán con cobro revertido, y en los lugares en que no fuera posible hacerlo así, el Asegurado podrá recuperar a su regreso el importe de llamadas, contra presentación de los recibos.

En cualquier caso no podrán ser atendidos los reembolsos de asistencias prestadas por servicios ajenos a esta

Compañía.

**2. Incumplimiento**

LA COMPAÑÍA y el tercero quedan relevados de toda responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del asegurado o de sus responsables, no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en este amparo.

Así mismo LA COMPAÑÍA y el tercero no se responsabilizan de los retrasos o incumplimientos debidos a las especiales características administrativas o políticas de un país determinado. en todo caso, si el asegurado solicitara los servicios de asistencia y el tercero no pudiera intervenir directamente, por causa de fuerza mayor, los gastos razonables en que se incurra serán reembolsados, previa presentación de los correspondientes recibos, al regreso del asegurado a Colombia, siempre que tales gastos se hallaren cubiertos bajo el presente amparo.

**3. Pago de la Indemnización**

El asegurado deberá tener en cuenta las siguientes circunstancias al hacer uso de su derecho de indemnización.

- a. Las indemnizaciones fijadas en las coberturas serán en todo caso complemento de los contratos que pudiera tener el asegurado cubriendo el mismo riesgo.
- b. Si el asegurado tuviera derecho a reembolso por parte de la empresa transportadora comercial correspondiente al pasaje no consumido, al hacer uso de la cobertura de transporte o repatriación, dicho reembolso deberá reintegrarse al tercero. Así mismo respecto a los gastos de desplazamiento de las personas aseguradas, LA COMPAÑÍA a través del tercero sólo se hace cargo de los gastos adicionales que excedan de los previstos inicialmente por los asegurados.
- c. Las prestaciones de carácter médico y de transporte sanitario deben efectuarse previo acuerdo del médico que atiende al asegurado con el equipo médico que LA COMPAÑÍA, a través del tercero, tenga para tal fin.

Los amparos otorgados bajo la presente cobertura hacen parte integrante de la póliza de seguro de gastos médicos y están en un todo de acuerdo con las condiciones generales de la póliza y las siguientes condiciones particulares.

**AMPARO DE SERVICIOS MEDICOS INTERNACIONALES**

**1. Interconsulta**

Interconsulta es un servicio de consultas médicas internacionales que permite al asegurado efectuar consultas con los mejores especialistas y centros asistenciales y otros centros académicos de primer nivel. Interconsulta es un pedido de información médica solicitada por el asegurado, a través de la Compañía, en referencia a un diagnóstico y/o un tratamiento, siempre y cuando la solicitud del servicio se ajuste a lo contenido en las condiciones generales de esta póliza. A través de nuestro proveedor, se ayuda al asegurado a resolver inquietudes relacionadas con casos graves de salud, por medio de los servicios de interconsulta que a continuación se describen:

- a. Recibir, identificar, presentar y discutirla Interconsulta con los médicos especialistas que considere más apropiados para contestar las preguntas específicas planteadas en la consulta.
- b. Coordinar la información obtenida y la eventual

consulta con otros profesionales, si ello fuera necesario.

- c. Identificar métodos diagnósticos alternativos al material enviado.
- d. Coordinar el análisis de materiales adicionales tales como patologías, laboratorios y/o radiología.
- e. Enviar los materiales a los especialistas seleccionados.
- f. Interpretar, escribir y enviar al asegurado las conclusiones y recomendaciones finales

## 2. Intersalud

Intersalud, Este beneficio solo se otorga para la cobertura el exterior, siempre y cuando lo tenga contratado y se presta a través de nuestro operador, que ofrece una serie de servicios personalizados para el asegurado, que a continuación se describen:

- a. Enviar respuesta a la solicitud de servicios al asegurado antes de su llegada a los estados unidos, haciendo mención a la selección de los médicos y hospitales.
- b. Seleccionar y dar referencias al asegurado sobre hospitales o médicos en el extranjero.
- c. Obtener citas médicas con los especialistas seleccionados.
- d. Formalizar los trámites previos a la admisión del asegurado en el hospital.
- e. Coordinar la gestión de transporte y el alojamiento provisional de él y sus familias. los costos de tal transporte o alojamiento serán a cargo del asegurado y en ningún caso de LA COMPAÑÍA.
- f. Controlar y analizar las correspondientes facturas a lo largo del tratamiento del asegurado.
- g. Obtener descuentos que correspondan en cada caso en las facturas de los distintos servicios médicos y hospitalarios.

## CLÁUSULA TERCERA

### LIMITACIONES DEL AMPARO BASICO DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

#### 1. PERÍODO DE ESPERA

LA PÓLIZA CONTEMPLA UN PERÍODO DE ESPERA, LO QUE SIGNIFICA QUE DURANTE UN PERÍODO DE 24 MESES CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA DEL SEGURO PARA CADA UNO DE LOS ASEGURADOS, LOS GASTOS INCURRIDOS POR CONCEPTO DE UN EVENTO AMPARADO, NO ESTÁN CUBIERTOS. EN EL CASO, QUE DICHO EVENTO SE HUBIERE PRESENTADO POR PRIMERA VEZ, DURANTE EL PERÍODO DE 60 DÍAS CONSECUTIVOS, CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE INGRESO DE CADA UNO DE LOS ASEGURADOS A LA POLIZA.

#### 2. AUTORIZACIÓN PARA HOSPITALIZACIÓN O TRATAMIENTO DE URGENCIAS EN EL EXTERIOR

LA PERSONA ASEGURADA, ESTA OBLIGADA A OBTENER UNA AUTORIZACION PREVIA DE LA COMPAÑÍA, EN RELACIÓN CON LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y CIRUGÍA QUE SE REQUIERAN COMO RESULTADO DE, O EN RELACIÓN CON CUALQUIERA DE ALGUNO DE LOS EVENTOS CUBIERTOS. PARA OBTENER LA AUTORIZACION PREVIA, LA PERSONA ASEGURADA O CUALQUIER OTRA PERSONA ACTUANDO EN NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA, DEBERÁ PONERSE EN CONTACTO CON LA COMPAÑÍA TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE, PERO POR LO MENOS CON 10 DÍAS DE ANTICIPACIÓN A LA FECHA DE ADMISIÓN A UN HOSPITAL O CENTRO DE TRASPLANTE, O A LA FECHA SEÑALADA PARA EFECTUAR UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.

EN AQUELLOS CASOS DE URGENCIA SE TENDRÁ UN PLAZO DE DOS (2) DÍAS HÁBILES LUEGO DE OCURRIDA LA HOSPITALIZACIÓN, O INICIADA LA ATENCIÓN O TRATAMIENTO, PARA SOLICITAR LA AUTORIZACION.

LA NO SOLICITUD DE LA AUTORIZACION DENTRO DE LOS PLAZOS ANTES MENCIONADOS, CONLLEVA A QUE LA COMPAÑÍA SOLO REEMBOLSE HASTA EL 50% DE LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO.

EL PROPÓSITO DEL AVISO PREVIO ES EL DE OBTENER:

LA AUTORIZACION EN RELACIÓN CON EL INGRESO EN UN HOSPITAL, O CENTRO DE TRASPLANTE. SI DESPUÉS DE LA CERTIFICACIÓN PREVIA INICIAL FUERAN NECESARIOS DÍAS ADICIONALES DE HOSPITALIZACIÓN, EL MÉDICO DE CABECERA, O UN REPRESENTANTE OFICIAL DEL HOSPITAL O CENTRO DE TRASPLANTES DONDE LA PERSONA ASEGURADA SE ENCUENTRA RECLUIDA DEBERÁ COMUNICARSE CON LA COMPAÑÍA ANTES DE HABER TRANSCURRIDO EL ULTIMO DE LOS DÍAS ORIGINALMENTE AUTORIZADOS.

EN EL PROCESO DE LA AUTORIZACIÓN, LA COMPAÑÍA TENDRÁ LA FACULTAD DE SOLICITAR UNA SEGUNDA OPINIÓN QUIRÚRGICA DE UN MÉDICO O UN CIRUJANO INDEPENDIENTE. EN EL CASO DE DIFERIR DICHA SEGUNDA OPINIÓN DE LA OPINIÓN ORIGINAL OBTENIDA DEL CIRUJANO QUE RECOMENDÓ LA CIRUGÍA, LA PERSONA ASEGURADA PODRÁ RECURRIR A UNA TERCERA OPINIÓN QUIRÚRGICA, SIEMPRE QUE DICHA TERCERA OPINIÓN SE OBTENGA DE UN MÉDICO O CIRUJANO QUE SEA RECONOCIDO, O ACEPTADO POR LA COMPAÑÍA. LOS GASTOS RAZONABLES Y ACOSTUMBRADOS INCURRIDOS POR UNA SEGUNDA Y TERCERA OPINIÓN QUIRÚRGICA CORRERÁN POR CUENTA DE LA COMPAÑÍA. SI UNA PERSONA ASEGURADA SATISFACE LOS REQUISITOS DE AUTORIZACION DE HOSPITALIZACIÓN TAL COMO SE DESCRIBE ANTERIORMENTE, LA COMPAÑÍA PAGARÁ LOS BENEFICIOS CORRESPONDIENTES A LOS GASTOS CUBIERTOS INCURRIDOS DE ACUERDO CON LO ESTABLECIDO EN ESTA PÓLIZA Y EN ESTA SECCIÓN.

MEDIANTE LAS AUTORIZACIONES DE SERVICIO, PARA TRATAMIENTO HOSPITALARIOS Y/O QUIRURGICOS, EN NUESTRA RED DE PROVEEDORES EL ASEGURADO TENDRÁ COBERTURA AL 100% Y HASTA EL VALOR ASEGURADO CONTRATADO.

EN CASO QUE EL ASEGURADO NO UTILICE LAS AUTORIZACIONES DE SERVICIO OTORGADAS POR LA COMPAÑÍA EN LOS TERMINOS ANTERIORES, O SI LA AUTORIZACION SE OTORGA A UN PROVEEDOR QUE NO ESTA EN LA RED MEDICA, LA RESPONSABILIDAD DE LA COMPAÑÍA SE LIMITA AL 80% DEL TOTAL DE LOS GASTOS INCURRIDOS POR EL ASEGURADO, PREVIA APLICACIÓN DEL DEDUCIBLE ESTABLECIDO EN LA CARÁTULA DE LA POLIZA.

CON AUTORIZACIÓN O NO, DEBE QUEDAR CLARO, QUE LA OPERANCIA DEL SEGURO, EN TODO CASO ESTARA SUJETA A LAS EXCLUSIONES, LIMITACIONES, DEDUCIBLES Y DEMÁS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DEL PRESENTE SEGURO.

## CLÁUSULA CUARTA

### QUIENES SE PUEDEN ASEGURAR

#### 1. ASEGURADO PRINCIPAL

Es la persona que cuenta con menos de 60 años de edad en el momento de diligenciar la solicitud, pero con más de nueve (9) días de nacido. Puede asegurarse individualmente o con cualquier «persona asegurable» de acuerdo con la definición que se da a continuación.

#### PERSONAS ASEGURABLES

Son las personas mayores de nueve (9) días y menores de 60 años de edad, que a consideración de LA COMPAÑÍA, previa solicitud del asegurado principal y, previo el cumplimiento de los requisitos de asegurabilidad respectivos, sean consideradas asegurables, y quienes en adelante para los efectos de este contrato se denominan «asegurados».

#### 2. EDAD DE PERMANENCIA:

La edad de permanencia de los asegurados en este seguro, será hasta los 70 años, por lo que el seguro cesará al fin de la vigencia en la cual se alcance dicha edad.

## CLÁUSULA QUINTA

### DEFINICIONES

#### 1. TOMADOR:

Es la persona natural o jurídica que suscribe este contrato.

#### 2. BENEFICIOS

Son todas las sumas pagaderas por LA COMPAÑÍA a título de indemnización de acuerdo con las condiciones del presente Contrato.

#### 3. ASEGURADOS

Personas que aparecen relacionadas en cada uno de los certificados individuales expedidos en aplicación a la póliza de seguro citada en la parte superior de este clausulado, y que deben ser residentes en Colombia.

#### 4. BENEFICIARIOS

Personas titulares de los beneficios de indemnización otorgados a través del seguro al que hace referencia, estas condiciones

#### 5. VALOR ASEGURADO

Suma descrita en la carátula de la póliza, que delimita la responsabilidad de LA COMPAÑÍA.

#### 6. INSTITUCIÓN HOSPITALARIA

Establecimiento que reúne las condiciones exigidas para atender enfermos y que esté legalmente registrado y autorizado para prestar los servicios que le son propios.

#### 7. MÉDICOS

Persona legalmente autorizada para ejercer la práctica de su profesión y, para prestar servicios médicos o quirúrgicos.

#### 8. DEDUCIBLE

Suma a cargo del asegurado que en invariablemente será descontada del valor de cada indemnización, cuyo monto

aparece relacionado en la carátula del contrato de seguro. Los conceptos que se relacionan a continuación, aplicables exclusivamente por cada vigencia y por cada asegurado, son conceptos que se tendrán en cuenta para alcanzar el valor del deducible pactado.

a. Con recursos propios.

b. Los gastos, que para la atención del evento amparado, se hayan incurrido a través del Plan Obligatorio de Salud (P.O.S.) o de cualquier Medicina Prepagada o Póliza de Hospitalización y Cirugía.

c. Con la cobertura de Asistencia en Viaje, cuando esta tenga relación con alguno de los eventos amparados bajo el seguro al que acceden esta condiciones.

Para lo estipulado en los literales b y c, la tasa representativa del mercado (T.R.M) a aplicar será la de la fecha en que se radique en el área de indemnizaciones de LA COMPAÑÍA, la documentación respectiva para la acreditación del deducible.

#### 9. MONEDA

El equivalente en pesos para el pago de la prima será calculado con base en la tasa representativa del mercado establecida por LA COMPAÑÍA para la semana en la cual se expida el respectivo seguro; y los siniestros también serán indemnizados en pesos colombianos a la tasa representativa del mercado vigente para la fecha en que efectivamente se hayan causado los gastos por parte del asegurado

#### 10. CÁNCER

Es la enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno caracterizado por su crecimiento descontrolado, y la proliferación de células malignas, la invasión de tejidos, incluyendo la extensión directa o las metástasis, o grandes números de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios y Leucemia.

#### 11. QUIMIOTERAPIA

Significa el uso de agentes químicos prescrito por un médico para el tratamiento y control del Cáncer.

#### 12. ENFERMEDAD(ES) NEUROLÓGICA(S)

Enfermedad en la cual el sistema nervioso central, el sistema nervioso periférico (o ambos), se encuentra(n) afectado(s) por un proceso patológico que se origina y ocurre principalmente dentro de las mencionadas estructuras que componen el sistema nervioso. No se considerara enfermedad neurológica, para los efectos de esta póliza, cualquier enfermedad o desorden que afecte en forma secundaria el sistema nervioso central, o al periférico, o el cual haya sido causado por condiciones o factores ajenos al sistema nervioso.

#### 13. NEUROCIRUGÍA

Intervención quirúrgica del sistema nervioso central y/o periférico, lo que incluye el cerebro y otras estructuras intracraneales, la médula espinal y las vértebras, los nervios periféricos de todo el cuerpo y los vasos sanguíneos del cerebro y la médula espinal.

#### 14. ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR

Suspensión brusca y violenta de origen vascular de las funciones cerebrales fundamentales, que produce deficiencias neurológicas que duran más de veinticuatro horas y que son de naturaleza permanente. Esto incluye el infarto de tejido cerebral, la hemorragia intracraneal o subaracnoidea, y la embolia de una fuente extracraneal. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización cuyo registro indique apoplejía cerebral.

**15. ENFERMEDADES CEREBRALES (TUMORES BENIGNOS O MALFORMACIONES VASCULARES)**

Afección originada en tumores benignos de las células nerviosas o en las malformaciones vasculares (aneurismas o hemangiomas) que en ambos casos se presenten en la parte central del cerebro, en la base del encéfalo o vecinos a estructuras vitales, cuyo tratamiento por extirpación resulta imposible o técnicamente muy difícil sin dejar secuelas, siendo necesario recurrir a métodos de irradiación fina.

**16. INFARTO AL MIOCARDIO**

Afección que consiste en la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por:

- a. Una hospitalización debida a un dolor agudo del pecho sugerente de un infarto al miocardio, y
- b. Cambios nuevos y relevantes en el electrocardiograma ECG, o aumento en las enzimas cardíacas por sobre los valores normales de laboratorio.

**17. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS ENFERMEDADES DE LAS CORONARIAS.**

Cirugía de dos o más arterias coronarias con el fin de corregir su estrechamiento u obstrucción, por medio de una revascularización by-pass.

**18. ANGIOPLASTIA**

Intervención quirúrgica de todo procedimiento de dilatación de una arteria mediante el inflado de un balón ubicado en la punta de un catéter, o cualquier otro procedimiento equivalente que lo supla.

**19. TRAUMA MAYOR**

Lesión física interna o externa provocada por una violencia exterior, que comprometa más de dos órganos o sistemas, debido a la cual el paciente requiera manejo intrahospitalario y pueda sufrir severas incapacidades.

**20. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA**

La etapa final de una enfermedad crónica de ambos riñones, que significa la pérdida total e irreversible del funcionamiento de estos, como consecuencia del cual se hace necesario regularmente la diálisis renal o el trasplante de riñón.

**21. CENTRO HOSPITALARIO DE TRASPLANTE:**

- a. Institución que está autorizada y funciona como un hospital de conformidad con las leyes de la jurisdicción donde tiene su domicilio.
- b. Está especialmente equipada para efectuar Trasplantes de Órganos y Trasplantes de Tejidos, y es reconocida y aceptada como un centro especializado para efectuar dichos trasplantes por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional.
- c. Se ocupa en primer término, y por remuneración, de proporcionar a los pacientes ingresados en la institución, y bajo la dirección de un grupo de médicos, tratamiento y cuidado a enfermos, incluyendo procedimientos especiales requeridos por concepto de trasplante de órganos y trasplantes de tejidos, y cuidados en unidades de cuidados intensivos.
- d. Proporciona en forma continua servicios de enfermería 24 horas al día, prestados por enfermeros graduados registrados.

- e. Posee los equipos e instalaciones necesarios para efectuar intervenciones de cirugía mayor, incluyendo trasplante de órganos y de tejidos.

**22. TRASPLANTE(S) DE ÓRGANO(S)**

Procedimiento quirúrgico médicamente necesario, efectuado durante el período de vigencia de esta póliza, mediante el cual se inserta en el cuerpo de una persona asegurada cualquiera de los órganos, o parte de ellos, que se mencionan a continuación, provenientes de un donante fallecido o vivo. Los únicos trasplantes de órganos que están cubiertos bajo esta póliza son los de:

- a. Corazón, corazón y pulmón combinados, un pulmón, dos pulmones, páncreas, riñón, e hígado.
- b. Médula ósea autóloga para:
  - Linfoma de no Hodgkin, estado A o B, o estado IV A o B;
  - Linfoma de Hodgkin, estado III A o B; o estado IV A o B;
  - Leucemia linfocítica aguda después del primer o segundo relapso;
  - Leucemia no linfocítica aguda después del primer o segundo relapso;
  - Tumores de célula germen (gameto)
- c. Médula ósea alogénica para:
  - Anemia aplásica
  - Leucemia aguda
  - Inmunodeficiencia combinada severa
  - Síndrome de Wiskott-Aldrich
  - Osteospetrosis infantil maligna (enfermedad de Albers Schonberg u Osteopetrosis generalizada)
  - Leucemia mielógena crónica (LMC)
  - Neublanstoma estado III o IV en niños mayores de un año;
  - Beta talasemia homocigote (talasemia mayor)
  - Linfoma de Hodgkin, estado III A o B, o estado IV A o B
  - Linfoma de no Hodgkin, estado III o estado IV.

**23. DONANTE**

Persona viva o fallecida a la cual se le ha extraído uno o mas de uno de los órganos o tejidos de su cuerpo con la finalidad de insertarlo (en total o en parte) al cuerpo de otra persona, mediante un procedimiento quirúrgico considerado médicamente necesario.

**24. RECEPTOR**

Persona que ha recibido o está en el proceso de recibir un trasplante de tejido o trasplante de órgano cubierto bajo esta póliza.

**25. TEJIDO**

Conjunto de células similares y especializadas, las cuales están unidas para realizar una función determinada.

**26. EXPERIMENTAL**

Tratamiento, procedimiento, suministro, tecnología o medicamento que; no ha sido ampliamente aceptado como seguro, efectivo y apropiado para el tratamiento de enfermedades por el consenso de las organizaciones profesionales que están reconocidas por la comunidad médica internacional; y se encuentra bajo estudio, investigación, período de prueba, o cualquier fase de un experimento clínico.

**27. MÉDULA OSEA**

Tejido que se encuentra en las cavidades de los huesos, presentando fibras reticulares y células.

**28. ENFERMEDAD CONGÉNITA Y GENÉTICA**

Para los efectos del presente amparo enfermedades de origen genético significa el trastorno funcional o estructural

causado por anomalías en la morfología o en el número de cromosomas.

Se entiende por enfermedades congénitas cualquier alteración anatómica y/o fisiológica no diagnosticada con anterioridad al momento del ingreso a la póliza, presente en el nacimiento con manifestaciones tempranas o tardías en la vida del individuo.

#### 29. CONDICIÓN PREEXISTENTE

Es aquella que:

- Sus síntomas y/o signos se hayan manifestado con anterioridad a la vigencia de la póliza, independientemente de que la persona haya tenido o no conocimientos del diagnóstico, y/o
- Se haya establecido un diagnóstico médico previo, sin importar que los signos y/o síntomas hayan desaparecido, y/o
- Sus síntomas y/o signos son aparentes a la vista o que no pudieron pasar desapercibidos.

#### 30. GASTO MÉDICO RAZONABLE Y ACOSTUMBRADO

- Es el usual que cobraría el proveedor del servicio médico por un servicio igual o similar en el caso de que no existiera el seguro; y
- No excede el cargo usual cobrado por la mayoría de los proveedores similares por el mismo o similar servicio o suministro dentro de la zona geográfica en la que fue prestado el servicio.

#### 31. PARIENTE CERCANO

Se entiende por tal el cónyuge del asegurado, el hijo o la hija, hermano o hermana, o los padres del asegurado o de su cónyuge.

#### 32. GASTOS MÉDICAMENTE NECESARIOS

Para que un tratamiento, cirugía, servicio, suministro, medicamento o estancia hospitalaria sea médicamente requerido se deberán cumplir las siguientes condiciones:

- Que sea apropiado y esencial para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de la persona asegurada.
- Que no exceda en alcance, duración o intensidad el nivel de cuidado necesario para proporcionar un diagnóstico o tratamiento seguro, adecuado y apropiado.
- Que haya sido prescrito por un profesional médico.
- Que sea consistente con las normas profesionales aceptadas en la práctica de la medicina de los Estados Unidos o de la comunidad médica del país donde sea prestado el servicio o tratamiento.
- Que el tratamiento en una Institución hospitalaria no pueda ser suministrado fuera de tal institución sin riesgo para el paciente.

#### 33. OPTATIVO

Entiéndase por este concepto, las cirugías alternativas a un manejo médico no quirúrgico que no representen, según concepto del especialista, ventajas o beneficios comparativo con el manejo no intervencionista.

#### 34. ENFERMEDAD

Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo.

#### 35. ACCIDENTE

Se entiende como tal cualquier lesión corporal sufrida por el Asegurado, independiente de su voluntad, causada por la acción repentina y violenta de un objeto externo y que

pueda ser determinada de una manera cierta por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión.

#### 36. PERIODO DE CARENCIA

Se entiende como tal, el lapso de 24 meses, durante el cual, el evento amparado, no tiene cobertura, si el mismo, se presenta o se manifiesta por primera vez, dentro de los sesenta (60) días siguientes, contados a partir de la fecha de ingreso (iniciación de vigencia del seguro) de cada uno de los asegurados.

Los 24 meses se cuentan a partir de la fecha de entrada en vigencia el seguro para cada asegurado, siempre que haya habido renovación del mismo y, obviamente, continuidad de seguro, es decir, que no se haya presentado interrupción de la vigencia de la cobertura.

#### 37. S.M.D.L.V

Salario Mínimo Diario Legal Vigente, es el valor determinado por el Gobierno Colombiano como tal y que se encuentre vigente al momento del siniestro.

## CLÁUSULA SEXTA

### RECLAMACIONES

Para estos efectos se aplicará lo dispuesto en el artículo 1080 y demás normas concordantes del Código de Comercio.

Art. 1080. El asegurador estará obligado a efectuar el pago del siniestro dentro del mes siguiente a la fecha en que el asegurado o beneficiario acredite, aún extrajudicialmente, su derecho ante el asegurador de acuerdo con el artículo 1077. Vencido éste plazo, el asegurador reconocerá y pagará al asegurado o beneficiario, además de la obligación a su cargo y sobre el importe de ella, un interés moratorio igual al certificado como bancario corriente por la Superintendencia Financiera aumentado en la mitad.

El contrato de reaseguro no varía el contrato de seguro celebrado entre el tomador y asegurador, y la oportunidad en el pago de éste, en caso de siniestro, no podrá diferirse a pretexto del reaseguro.

El asegurado o el beneficiario tendrán derecho a demandar, en lugar de los intereses a que se refiere el inciso anterior, la indemnización de perjuicios causados por la mora del asegurador.

El reconocimiento de reembolsos se realiza una vez el asegurado haya abonado al deducible, de acuerdo con condiciones de la póliza y acreditados por vigencia.

Y teniendo en cuenta que se origine la solicitud de un evento amparados por la póliza, en la cláusula segunda

#### Procedimiento de Indemnizaciones Generales (coberturas principales y/o adicionales):

En caso de que la atención no haya sido cubierta por la póliza de la Compañía, el asegurado podrá solicitar el reembolso de los gastos incurridos, el cual será reconocido de acuerdo al artículo 1080 del código de comercio y demás normas concordantes; ingresando su reclamación en la siguiente URL [https://aplicaciones.libertyseguros.co/GM\\_WEB\\_PortalV1/faces/PG\\_InicioPortalGM](https://aplicaciones.libertyseguros.co/GM_WEB_PortalV1/faces/PG_InicioPortalGM) y adjuntando los siguientes documentos:

- Coberturas principales
  - Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN.
  - Historia Clínica y/o Epicrisis
  - Certificación Bancaria

**Gastos Funerarios**

Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN.  
 Certificado de Defunción  
 Cedula de la persona que asumió los gastos.  
 Certificación Bancaria  
 Historia Clínica

**Tiquetes Aéreos:**

Factura original que cumpla con los requisitos de DIAN.  
 Historia Clínica y/o Epicrisis  
 Certificación Bancaria  
 Pasabordo

**PARAGRAFO 1:** Los asegurados, autorizan a LA COMPAÑÍA para solicitar informes sobre la evolución de lesiones o enfermedades para la comprobación de cualquier reclamo, así como para solicitar a cualquier institución hospitalaria o médico su historia clínica. Igualmente tendrá LA COMPAÑÍA la oportunidad y el derecho y así lo autoriza el asegurado, durante el curso de una reclamación, a examinar mediante los servicios de su personal facultativo a la persona asegurada que esté presentado una reclamación, a solicitar los exámenes que considere necesarios y a realizar las autopsias que considere necesarias en caso de muerte, salvo que éstas estén prohibidas por la Ley.

**PARAGRAFO 2:** Para servicios médicos recibidos fuera de Colombia, una vez el Asegurado formalice una reclamación amparada bajo esta póliza, la compañía procederá al pago de la indemnización en pesos colombianos aplicando la tasa representativa vigente en la fecha en que se radique por parte del cliente, la reclamación en el área de indemnizaciones de LA COMPAÑÍA, siempre y cuando tal formalización haya sido presentada a la compañía dentro de los sesenta (60) días calendario siguientes a la fecha en que incurrió en los gastos reclamados. Vencido este término, y sujeto a los términos de prescripción establecidos en el Código de Comercio, la compañía indemnizará en pesos colombianos aplicando la tasa representativa del día sesenta (60) del periodo antes mencionado.

En todo caso LA COMPAÑÍA reembolsará los gastos incurridos por el asegurado teniendo como referencia los costos usuales y acostumbrados en el lugar donde se causaron los mismos.

**CLÁUSULA SÉPTIMA****PÉRDIDA DEL DERECHO A INDEMNIZACIÓN**

En la pérdida del derecho a la indemnización, se aplicará lo dispuesto en el artículo 1078 y demás normas concordantes del Código de Comercio.

Art. 1078. Si el asegurado o beneficiario incumplieren las obligaciones que le corresponden en caso de un siniestro, el asegurador sólo podrá deducir de la indemnización el valor de los perjuicios que le acuse dicho incumplimiento.

La mala fe del asegurado o del beneficiario en la reclamación o comprobación del derecho al pago de determinado siniestro causará la pérdida de tal derecho.

**CLÁUSULA OCTAVA****PAGO DE PRIMAS**

Las primas están calculadas para períodos de un (1) año con pago anual y deberá pagarse dentro del plazo estipulado en la carátula de la presente póliza, anexo o certificado y su incumplimiento acarreará la terminación automática del contrato de seguro de acuerdo con las normas legales vigentes.

De acuerdo con la tarifa y la celebración del contrato o en cualquiera de los aniversarios de la Póliza, el tomador puede optar por el pago de la prima semestral o trimestral.

En el evento de no establecerse el pago de la prima de acuerdo con lo anterior, se entenderá que el plazo para el pago será de 45 días contados a partir de la fecha de expedición de la póliza o de los certificados que generen prima, o 45 días contados a partir de la fecha de cada uno de los vencimientos cuando el pago de la prima sea semestral o trimestral.

El no pago oportuno de la prima, producirá la terminación automática del contrato, quedando a salvo el derecho de LA COMPAÑÍA de exigir el pago de la parte devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición o de la renovación del contrato.

**CLÁUSULA NOVENA****INGRESO Y RETIRO DE ASEGURADOS**

El retiro de la póliza de las personas aseguradas tendrá efecto a partir del recibo del correspondiente aviso escrito por parte del tomador de la póliza.

Para los efectos de las inclusiones, LA COMPAÑÍA se reserva el derecho de exigir las pruebas de asegurabilidad que juzgue convenientes y con base a ellas dejará constancia de posibles exclusiones o limitaciones adicionales al seguro.

La aceptación o rechazo sobre la inclusión de nuevos asegurados o aumentos de valor, debe ser dada a conocer por LA COMPAÑÍA a más tardar dentro de los 30 días siguientes a la fecha de recibo de la solicitud. Si transcurrido este lapso LA COMPAÑÍA no ha producido esta comunicación, dicha modificación se considerará no aprobada.

**CLÁUSULA DÉCIMA****RENOVACION**

El presente contrato no será renovado en forma automática. A criterio de LA COMPAÑÍA, de acuerdo con su experiencia, se reajustarán las tarifas anualmente; en tal evento LA COMPAÑÍA informará al Asegurado Principal las nuevas tarifas que regirán a partir de la renovación, en aquellos casos en que así se acuerde.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMERA****VIGENCIA**

La vigencia del presente seguro será la establecida en la carátula de la póliza.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

### TERMINACIÓN DEL CONTRATO

El contrato de seguro al que accede esta condiciones, terminará por alguna de las siguientes causas:

1. Al vencimiento de la vigencia establecida en la carátula de la póliza.
2. Por decisión del asegurado, en cualquier momento, mediante aviso escrito al asegurador.

El importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

3. Por no pago de la prima de seguro, dentro de los términos estipulados en la carátula de la póliza.
4. En pólizas colectivas, cuando no se cumpla con el número mínimo de diez (10) asegurados principales.
5. Por incumplimiento del tomador o asegurado de estar afiliado al plan obligatorio de salud de él y/o los miembros de su grupo familiar, de acuerdo con lo que disponen las normas aplicadas para la materia..
6. Al finalizar la vigencia en la cual el asegurado cumpla los 70 años de edad.

## CLÁUSULA DÉCIMA TERCERA

### RESPONSABILIDAD

LA COMPAÑÍA, en desarrollo del presente contrato, no asume la responsabilidad técnica ni profesional por perjuicios civiles de cualquier orden que puedan derivarse de un tratamiento o intervención equivocada o defectuosa por parte de alguno (s) de los profesionales e instituciones adscritas, dada la naturaleza de la función que desempeñan en este contrato.

## CLÁUSULA DÉCIMA CUARTA

### DECLARACIONES INEXACTAS O RETICENTES

En lo que hace referencia a las declaraciones inexactas o reticentes se aplicará lo dispuesto en el artículo 1058 del Código de Comercio y demás normas que la adicionen, modifiquen, complementen o deroguen.

ART. 1058.- El tomador está obligado a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo, según el cuestionario que le sea propuesto por el asegurador. La reticencia o la inexactitud sobre hechos o circunstancias que, conocidos por el asegurador, lo hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más onerosas, producen la nulidad relativa del seguro.

Si la declaración no se hace con sujeción a un cuestionario determinado, la reticencia o la inexactitud producen igual efecto si el tomador ha encubierto por culpa, hechos o circunstancias

que impliquen agravación objetiva del estado del riesgo.

Si la inexactitud o la reticencia provienen de error inculpable del tomador, el contrato no será nulo, pero el asegurador sólo estará obligado, en caso de siniestro, a pagar un porcentaje de la prestación asegurada, equivalente al que la tarifa o la prima estipulada en el contrato represente respecto de la tarifa o la prima adecuada al verdadero estado del riesgo, excepto lo previsto en el artículo 1160.

Las sanciones consagradas en este artículo no se aplican si el asegurador, antes de celebrarse el contrato, ha conocido o debido conocer los hechos o circunstancias sobre que versan los vicios de la declaración, o si, ya celebrado el contrato, se allana a subsanarlos o los acepta expresa o tácitamente.

## CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA

### NOTIFICACIONES

Salvo el aviso de siniestro, cualquier notificación que deban hacerse las partes para los efectos del presente contrato deberá consignarse por escrito. Será prueba suficiente de la notificación, la constancia de envío del aviso escrito por correo recomendado o certificado dirigido a la última dirección registrada en el contrato de seguro.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA

### NORMAS SUPLETORIAS

Para lo no previsto en las presentes condiciones generales, este contrato se regirá por las disposiciones del Código de Comercio Colombiano y demás normas que le sean aplicables.

## CLÁUSULA DÉCIMA SEPTIMA

### DOMICILIO

Sin perjuicio de las disposiciones procesales correspondientes, para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio la ciudad estipulada en la carátula de la póliza como lugar de expedición de la misma.

## CLÁUSULA DÉCIMA OCTAVA

### PERMANENCIA EN EL EXTERIOR

La cobertura otorgada a través del seguro al que hace referencia estas condiciones, tiene operancia fuera de Colombia, siempre y cuando los servicios y/o tratamientos relacionados con los eventos amparados se presenten, dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha de salida del país.

Transcurrido mas de los (90) días consecutivos de estancia del asegurado en el exterior, el amparo de este seguro termina automáticamente para servicios y tratamientos en el exterior, y la cobertura a partir de dicho momento solo tendrá operancia en el territorio nacional. Para efectos de reactivar la operancia de la cobertura en el exterior, se requerirá de una autorización escrita por parte de LA COMPAÑÍA.

## CLÁUSULA DÉCIMA NOVENA

### AFILIACIÓN AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 20 del decreto 806 de 1998 y para efectos de la suscripción de este contrato, la compañía verificará que el tomador o asegurado principal de la póliza, así como su grupo familiar se encuentren afiliados al régimen contributivo del sistema de seguridad social en salud. Para ello, el tomador o asegurado principal se obliga a informar a la Compañía al momento de diligenciar la solicitud de seguro o al renovar la póliza, el nombre de la entidad promotora de salud E.P.S en la cual se encuentra asegurado él y su grupo familiar y a sustentar ésta, mediante la presentación de prueba fehaciente de su vinculación a una EPS o que se encuentra en alguno de los regímenes de excepción.

Si el tomador o asegurado principal, se encuentra dentro de los regímenes de excepción contemplados en el artículo 279 de la ley 100 de 1993, deberá declararlo a la Compañía en la solicitud de seguro o en la renovación de la póliza, indicando el régimen al cual pertenece.

De conformidad con el párrafo único del artículo 20 del decreto 806 de 1998 la Compañía queda exceptuada de la obligación legal contenida en el citado artículo cuando el asegurado se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del presente contrato.

## CLÁUSULA VIGÉSIMA

### PRESCRIPCIÓN

La prescripción de las acciones derivadas de este contrato se rige por las normas contenidas en el artículo 1081 del Código de Comercio.

ART. 1081 - La prescripción de las acciones que se derivan del contrato de seguro de de las disposiciones que lo rigen podrá ser ordinaria o extraordinaria.

La prescripción ordinaria será de dos años y empezará a correr desde el momento en que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción.

La prescripción extraordinaria será de cinco años, correrá contra toda clase de personas y empezará a contarse desde el momento en que nace el respectivo derecho.

Estos términos no pueden ser modificados por las partes.

**Rev. 2024-08  
16844**

OFIX SUMINISTROS Y LOGÍSTICA SAS - NIT: 900156826-1